

04 artículo

Ramón Casals [Buscar autor en Medline]

Enfermero clínico. Miembro del Grupo Comunicación y Salud.



Cuidar a la comunidad

Lo que me he propuesto hacer en este espacio es compartir con vosotras y vosotros algunas de los puntos que yo veo en eso de "Cuidar a la Comunidad", bajo la óptica del proceso llamado de "Desaprendizaje".

El desaprendizaje

Los marcos teóricos y disciplinares que fundamentan las acciones de los profesionales, al mismo tiempo que les permiten intervenir en la práctica de manera racional, les limitan y amordazan el pensamiento.

Hay que permitir la entrada en cada uno de nosotros de la duda acerca de aquellas miradas, concepciones y creencias con las que funcionamos como si fueran verdades absolutas y que determinan y/o limitan lo que podemos pensar, decir, sentir y hacer.

Análisis de las desigualdades en relación al acceso a la salud

- El sistema sanitario comporta una dependencia casi total de los pacientes (por eso llamados así?)
- Desigualdades sociosanitarias.
- Existencia de círculos viciosos:
 - A nivel micro: la enfermedad crea pobreza y esta pobreza crea más enfermedad.
 - A nivel macro el incremento de los recursos sanitarios, dado que se distribuyen de forma desigual, tiende a aumentar las desigualdades sociosanitarias.
- La política sanitaria ha dado lugar a un proceso de desencantamiento respecto de la atención sanitaria.

Según Cochrane:

- Hay otras actividades fuera de las sanitarias que influyen mucho más que éstas en el nivel de salud de la Comunidad. Ya en 1972 Cochrane señalaba la falta de efectividad de los recursos sanitarios para producir mejoras en enfermedades no-infecciosas
- Personalmente pienso que se ha avanzado mucho en el control, por ejemplo, de la Diabetes.

Según Illich

- Medicalización de la vida, hasta llegar a provocar enfermedades yatrogénicas.
- Incremento de dependencia la población actual, hasta ya no controlar su propio cuerpo.
- Procesos de «hospitalitis» y de «medicalitis»
- La enfermedad o la muerte se convierten en un problema individual
- Define Medicalizar como: "tratar por separado problemas que en el fondo van juntos"
- El sistema de atención sanitaria suele mejorar algunos de los efectos, pero casi nunca se plantea las causas originales

Según Szasz

- Los dos objetivos de la sanidad en una sociedad del bienestar:
 - garantizar un mínimo (de seguridad)
 - disminuir las desigualdades,
 - se consiguen con dificultad.
- La crítica político-económica centra su atención en la distribución desigual de los

bibliografía

No hay bibliografía disponible

enlaces

No hay enlaces de interés



servicios sanitarios.

- La crítica culturalista afirma que las instituciones que se dedican a mejorar la salud de las personas terminan siendo instituciones de control social en vez de solucionar problemas dentro de la sociedad.
- En ese proceso lo que se discute es la definición de «anormal».

Según Pérez Díaz

- Las instituciones sanitarias han sido generalmente incapaces de cambiar el resultado la conducta humana.
- Ante el generalizado fracaso de los programas se producen reacciones institucionales que atribuyen la culpabilidad a la víctima.
- Se tiende a una individualización de los procesos sanitarios, en que las personas son las que se convierten en irresponsables al no tener un cuidado determinado con su cuerpo
- Se parte de la idea equivocada de que todas las personas tienen el mismo conocimiento, información, poder y educación para cambiar los efectos negativos, o las causas externas que inciden sobre su salud.
- Se parte así también de la idea de que existe una capacidad de elección que suele ser en realidad menguada y por supuesto diferente según la clase social a la que se pertenece.
- Y apuntan: quizás habría que individualizar cuáles son las necesidades de cada persona de la Comunidad para hacer frente a su situación, en vez de definir los objetivos de las Instituciones.

Según Freidson

- Acuñó el término de «tiranía moral» de los expertos/as en el sector sanitario, para explicar cómo ellos/as definen lo que es la enfermedad, la terapia o terapéutica que debe aplicarse, y también la distribución de los recursos sanitarios.
- A veces aumentar la infelicidad de las personas, hace que se inviertan más recursos de los necesarios, y suele comportar ser etiquetado de por vida.
- En el fondo la infelicidad social o individual puede ser tramitada a través de un proceso de enfermedad, y ésta es la razón por la que muchas personas van al sistema sanitario.
- Quizás, en el futuro, la sociedad acepte un porcentaje determinado de anormalidad o de desviación sin tratar de recluir, enfermar, o eliminar a esas personas

Josep Rodríguez y Jesús M. de Miguel concluyen:

- Todo ello ha llevado a una pasividad excesiva por parte de la población, que convendría cambiar si se persigue una mayor autonomía y decisión de la población en los procesos de enfermar y de sanar, así como en el control sobre su cuerpo.
- Algunos estudios sugieren que muchas campañas de educación sanitaria terminan creando más desigualdades de las que ya existían, teniendo poco o ningún impacto entre las clases bajas (normalmente las que más necesitarían aplicar esos consejos).

Elementos que intervienen en el concepto Salud

Fumar; beber; la corrupción alimentaria que lleva a epidemias como la de la colza; los procesos de pobreza; el SIDA; los desastres naturales como las riadas; la mala alimentación o la sobrealimentación; el paro; el estrés; la delincuencia; la falta generalizada de satisfacción en el trabajo; o la falta de poder de la población — por no enumerar más que algunos casos de la sociedad española— son fenómenos con una connotación sanitaria importante ante los que la Medicina tiene poco que decir, e incluso donde los recursos sanitarios no son efectivos.

- Los conceptos de «salud» y «sanidad» parecen distanciarse cada vez más.
- La salud es algo positivo que supone para el individuo/a la recuperación de su autonomía, responsabilidad, y el control sobre su propio cuerpo.

El «desencantamiento» respecto de la sanidad

- La conquista sobre las enfermedades infecciosas del siglo XIX se produjo antes de los avances tecnológicos médicos.
- El nivel de salud de la población depende cada vez más de su conducta y del control del medio-ambiente.
- Una serie de enfermedades crónicas no responden a los esfuerzos sanitarios.
- Algunos autores llegan a considerar a la Medicina como una amenaza para la sociedad y los/as pacientes.
- Se responsabiliza al sistema sanitario de «medicalizar» y de crear juicios morales en torno a la población, sirviendo sobre todo como un mecanismo de control social.

Propuestas respecto de la sanidad

- Se propone reducir el intervencionismo y la medicalización.
- Aceptar cada vez más a la enfermedad como una forma de vida.
- Volver a las causas de la enfermedad (externas al individuo) y a la conducta humana.

Según McKeown

- Nivel de vida: alimentación, vivienda y recursos no-sanitarios que tiene una persona o una familia.
- El control sobre el medio ambiente en el que se vive, y del agua (o la calidad del agua) que se bebe.
- Los factores de atención médica individualizada.
- Según este autor, el sistema es un modelo multicausal, difícil de equilibrar, en el que la atención sanitaria y sobre todo la atención médica son factores secundarios para la elevación del nivel de salud de la población.

Según Josep Rodríguez y Jesús M. de Miguel

- Las transformaciones sociales y sanitarias suponen un cambio de rumbo.
- Los aspectos éticos cobran un nuevo interés, convirtiéndose en el centro de la toma de decisiones y prioridades.
- No se trata ya sólo de curar sino sobre todo de cuidar.
- Relación estrecha entre los problemas de sanidad y los problemas de anormalidad

Según Ivan Illich

- La salud como la intensidad con la que las personas solucionan o se adaptan a sus problemas internos y condiciones externas.

Según Bigordá

- La salud como la capacidad de ir a trabajar, o como la posibilidad de gozar y divertirse.

Según García Vargas

- Las sociedades que ponen énfasis en la idea de consumir terminan también generando personas compulsivas.
- Se observa también una compulsión por utilizar médicos/as, consumir medicinas, experimentar dietas de adelgazamiento, o en general usar recursos de tipo sanitario.
- Y ése será posiblemente uno de los problemas fundamentales para poder controlar en el futuro el gasto en sectores de servicios sociales cuya demanda se considera como infinita.

Según Sigerist:

- Es una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida exige del individuo. Incluidos nosotros en el trabajo y fuera de él.

Algunas ideas en torno a la "educación sanitaria"

- Educación para la Salud "todas aquellas actividades encaminadas a aumentar las capacidades de los individuos y de la comunidad para participar en la acción sanitaria y la autorresponsabilidad en materia de salud, de la familia y nutrición, higiene del medio, estilos de vida sanos y prevención y lucha contra las enfermedades".
- Un objetivo final de la educación sanitaria es que la población llegue a controlar al sector sanitario en todas sus facetas y a todos los niveles.
- La atención integral de salud no está en las instituciones, ni lo ha estado nunca, puesto que incorpora el autocuidado, que J.Comelles define como las partes del proceso asistencial de cualquier enfermedad que no implican la presencia hegemónica del médico. Incluye procedimientos de autodiagnóstico, de clasificación social de los enfermos y prácticas terapéuticas no dirigidas por curadores diferenciados.
- La cultura sanitaria española
 - Es moralista: ser (o estar) enfermo mantiene una connotación negativa.
 - Es tradicionalista: no utilización de una respuesta pragmática a las situaciones de enfermedad, combinado con una relativa tendencia a la vivencia emocional fatalista.

Frente a esto, en la cultura anglosajona diferencian entre:

- Disease, noción abstracta de una enfermedad (biológico)
 - Illness, experiencia y vivencia de la enfermedad (psicológico)
 - Sickness, enfermedad y su percepción en un contexto cultural determinado (social) (Andrés Rabadán)
-
- Sigue pensándose en que lo importante es la atención sanitaria, y que la población acceda a recursos médicos.
 - Se sabe poco de las necesidades sanitarias de la población o de las conductas habituales de las personas (Antó)
 - Las nociones sanitarias están basadas en un concepto anticuado de Medicina:
 - Se mantiene una visión de lucha que propone muchas veces el intervencionismo, a pesar de que en muchas ocasiones la mejor intervención es no tomar nada o no hacer nada.
 - Hay una tendencia para reducir ese intervencionismo, y conseguir una menor utilización de máquinas, tecnología y cirugía, así como una mayor dedicación a los efectos psicológicos de la enfermedad y a las causas externas que las producen.
 - Primero: el cuidado de la salud no es sólo un derecho sino la responsabilidad de todas las personas.
 - Segundo: el capacitar más a cada persona para que cuide más de su salud debe ser la meta principal de cualquier actividad o programa de salud.
 - Tercero: si recibe información clara y sencilla, la gente puede evitar y tratar en casa sus problemas más frecuentes de salud: más pronto, más barato, y muchas veces mejor que lo hacen los médicos.
 - Cuarto: los conocimientos médicos no deben ser un secreto guardado entre pocas personas sino que se deben compartir entre todas las personas.
 - Quinto: las personas con pocos estudios son tan responsables e inteligentes como las personas con títulos universitarios.
 - Sexto: el cuidado básico de la salud no debe ser entregado desde fuera sino promovido dentro de la comunidad.

Según Michel Foucault

- En las democracias contemporáneas el control sobre las personas se ejerce a nivel de un tratamiento individual.
- Es lo que denomina la micropolítica de la explotación y que entendemos también como el proceso de alienación de los seres humanos
- El poder adquiere una forma peculiar; no es un poder coercitivo, ya no prohíbe conductas, las encauza y las captura; el poder ya no frena nuestras conductas sino que las solicita.
- El control se ejerce definiendo lo que es vida saludable para todas las personas y obliga a los seres humanos a acatar esa definición
- El papel fundamental del autocuidado, supone rechazar el presupuesto en que se han basado las corporaciones profesionales para asumir el monopolio de la salud.
- El carácter revolucionario de la ruptura de paradigmas supone una amenaza a los modelos vigentes, lo que puede tener repercusiones negativas reales.
- Es necesario avanzar con cuidado, pues el aprendizaje es improbable cuando están presentes amenazas o trastornos.
- La confrontación eficaz no debe ser agresiva ni combativa.
- Debe apoyar profundamente al confrontado
- Pretende obtener como resultado su aprendizaje capacitador.
- “Ventana de Johari”: (**tabla 1**)

Por ejemplo, “Corríjame si me equivoco. Por lo que me está Vd. diciendo y por cómo lo está haciendo me parece vislumbrar que hilvana Vd. esto con aquello. Fíjese que cuando le he preguntado por tal cosa luego ha ido saliendo esto y aquello. ¿Cómo lo ve?”. Esto puede permitirle “darse cuenta”, “descubrir en sí mismo” si hay, o no, alguna relación y tomar conciencia de ello.

¿Qué se puede entender por cuidar?

En el año 1140, la Escuela de Salerno tenía un Manual sanitario que empezaba así: «Servíos de tres médicos, primero el doctor tranquilidad, después el doctor alegría y, por último, el doctor dieta

Según José Luis Medina

- Al revisar la literatura se constata que la mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción de cuidado se han extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista

Autores como Martin Buber, Rollo May, Carl Rogers, Gabriel Marcel, Teilhard de Chardin, Merleau-Ponty o Abraham Maslow enfatizan en el contenido emocional de las interrelaciones enfermera-cliente.

Según Benner y Wrubel, cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o "sentir desde" el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales

En un sentido transaccional y de desarrollo

- Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar.
- El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro, por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos (Planner)

Desde una perspectiva existencial

- Es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades.
- Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea.
- El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo.
- Es un proceso de interrelación que implica desarrollo (de la misma manera que la amistad sólo aparece a través de la confianza mutua)
- Y produce una transformación profunda y cualitativa de la relación (Mayeroff)
- No debe ser confundido con tener buenas intenciones, con el cariño, o con el interés que puede tenerse por otra persona.
- Cuidado es la fuente necesaria del Eros, la fuente de la ternura (...)
- En el cuidado el hombre ejecuta acciones en relación a una situación dada, aquí es donde el cuidado implica amor o compromiso (Rollo May)

Desde una perspectiva Humanística

- La acción de cuidar no es instrumental; su sentido radica en sí misma
- Los elementos del cuidado suponen el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) que ocurre en un tiempo y espacio (tal y como son percibidos por el enfermo y la enfermera) y con una finalidad determinada (bienestar y actualización).
- Los encuentros entre la persona enfermera y la persona enferma son experiencias que actúan como catalizadores para la reelaboración y reconstrucción de la personalidad humana. (Paterson y Zderad)

Obsérvese que se relaciona ese desequilibrio orgánico llamado enfermar con el crecimiento personal y social del individuo; entender la enfermedad como un proceso existencial, como una experiencia dinámica y vital de aprendizaje a partir de la cual puede obtenerse un aumento en el desarrollo personal

Desde esta visión humanista

- La interacción intersubjetiva que el cuidado es, supone diálogo y construcción de significados compartidos pero sobre todo respeto (Browe).
- Cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica. el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente, sino dejarla ser.
- Cuidar a otro no es sustituirle (aunque a veces sea necesario) sino más bien ayudarlo.
- No consiste en imponerle unas pautas de conductas ajenas a él, sino más bien contribuir a la realización de su proyecto personal (Greene)
- De aquí se deriva otro atributo que la mayoría de autoras identifican en el cuidado: La comprensión (Benner y Wrubel; Halldorsdottir; Koldjeski). Comprender requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro. Comprender supone la imposibilidad de considerar al otro como un objeto de atención ya que significa hacerse cargo, esto es, compartir la carga que el otro lleva y considerarlo como sujeto.

¿Qué se puede entender por empatía?

Con la pérdida de enraizamiento que la globalidad de nuestro mundo puede comportar, se entra en una dinámica de irrealidad, de distancia total respecto las cosas que pasan y se debilita cada vez más el sentimiento de pertenencia a las vicisitudes humanas de este mundo, como si no "fueran con nosotros" o como si nosotros estuviésemos por encima.

La Empatía se define como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sentir desde (o con) la otra persona, sin dejar de ser uno mismo.

Se le describen 2 momentos diferenciados:

- Escucha activa y atenta: de la parte verbal y de la no verbal
- Transmisión de esa comprensión a la otra persona, buscando verificar que he "sentido bien", "percibiendo" (verbal y no verbalmente) que estamos en sintonía.

Además, supone la conciencia de los propios sentimientos para no confundirse. Ser empático supone que el terapeuta opte por lo que vaya a ser el centro de su atención, es decir, ... el mundo del hablante, tal como ese individuo lo perciba. Eso ayuda al hablante a lograr una comprensión más clara de su propio mundo y su propia conducta, consiguiendo, en consecuencia, un mayor control sobre ellos. (Adaptado de C. Rogers)

Carl Rogers enfatizó la comprensión empática junto a la congruencia y la aceptación incondicional, como requisitos imprescindibles para poder establecer un clima adecuado dentro de una relación terapéutica. Entendía por comprensión empática la "captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él, y una vez captados, comunicárselos" (J.García Campayo).

La empatía no es:

- aconsejar en sus dudas, p.ej.: "Creo que lo mejor es que hagas... o que no hagas..."
- evaluar lo que haya dicho el hablante, p. ej.: "Bueno, hombre, no debes preocuparte por eso. Es sólo el primer intento".
- juzgar lo que haya dicho el hablante, p. ej.: "No tiene sentido. Seguro que lo haces con facilidad y a tiempo".
- interpretar lo que haya dicho el hablante, p. ej.: "Tú lo quieres es otra cosa... ¿no?"
- desafiar al hablante, p. ej.: "Te apuesto lo que quieras a que puedes hacerlo si te empeñas".
- reorientar al hablante, p. ej.: "Y qué me dices de lo que tenemos que aguantar nosotros?"

Es una habilidad, y como todas las habilidades, puede ser aprendida. Cuando se tienen hábitos anteriores que entorpecen su expresión espontánea, el aprendizaje comporta la toma de conciencia acerca de esos hábitos para poderlos contener y permitir formas de respuesta más empáticas, y suponen que el interesado en aprender, practica.

Ninguna habilidad se adquiere sola y menos si antes hay que corregir hábitos que la dificultan. Basándose en las ideas de Rogers, Egan K. desarrolla un modelo de la técnica. Se basa en dos elementos de información: Lo que siente el hablante (expresado con palabras o mediante la conducta no verbal), y la experiencia, la conducta o ambas que sean el origen de ese sentimiento ("revelado" por lo que haya dicho el hablante).

Una vez identificados esos dos elementos de información, la etapa siguiente es la comunicación de esa conciencia del oyente al hablante. p.ej.: El hablante puede decir: "Este dolor me molesta bastante, teniendo en cuenta todo lo que tengo que hacer". Si es empático, el oyente puede responder algo como: "Te sientes presionado por tener que hacer las cosas con ese dolor".

Al comenzar a utilizar la empatía, puede convenir usar la forma de expresión: "Te sientes... porque..." o "Te sientes... cuando... porque...". Cuando se familiariza uno con el enfoque, la utilización de la técnica se hace menos mecánica. (de "Aprendizaje reflexivo en la educación superior" de A. Brockbank, I. McGill; Ed. Morata)

Veamos otras formas de expresión de empatía:

- Hacer algún gesto que muestre aceptación y proximidad.
- Repetir con interés algo que la otra persona ha dicho, haciendo gestos de interés y aceptación.
- Expresar (no verbal y/o verbalmente) comprensión de la/s emoción/es que haya expresado.
- El silencio puede mostrar respeto a veces, desorientación otras, pero no manifiesta explícitamente comprensión.
- Preguntar acerca de los sentimientos que experimentó en el momento al que hace referencia, puesto que a menudo no se expresan y la empatía puede mostrarse bajo ese interés por el sentimiento y manifestándole luego aceptación
- Un enfoque provisional como "quizá", "parece que", "me pregunto si" o "me da la sensación de que", dan a entender que, si le parece conveniente, el hablante puede disentir

Algunas consideraciones:

- Cuando una persona expresa un sentimiento, no lo hace necesariamente para que el interlocutor lo trate como un problema, acuda "al rescate" o de consejo (conductas frecuentes en nuestra profesión).
- No es necesario haber pasado por el acontecimiento que nos cuenten para entender lo que haya sentido. Además de la comprensión por la experiencia, existe la que da la profesionalidad, la de la humanidad, la del interés genuino por el otro, etc.
- Haber pasado por lo que la otra persona nos cuente, no supone haber experimentado la misma emoción.
- Cuando un suceso se repite, no tiene que significar volver a sentir lo mismo.
- A veces el sentimiento está "escondido" y/o "desplazado". Cuando no se corresponde únicamente a ese suceso, sino que se mezcla con otros sentimientos anteriores, adquiriendo una expresión que podemos considerar inadecuada o desproporcionada: (p.ej.: sonreír haciendo una mueca, al hablar de un fallecimiento importan-te..., sufrir una crisis de llanto de difícil control por "haberse roto una uña" en una situación cotidiana, al tiempo que expresa que "todo le sale mal")

Cómo quiero seguir ayudando

Para entender mi posición al intervenir profesionalmente y que quiero revisar, parto del análisis de mi "motivación más intrínseca".

Crecí y me formé en los ambientes religiosos y moralizantes de la España de los años 50 a los 70. En los 80 creí poder encontrar en nuestra profesión una forma de ayudar a la "Humanidad", sin ser consciente entonces que lo hacía desde la óptica del paternalismo y (hasta si se me permite la expresión) del "despotismo ilustrado" que en esos ambientes se respiraba e inculcaba.

Como necesitaba sentirme necesario, quise hacer enfermería para ayudar a la gente, sobretodo a la gente que sufría, y lógicamente "ayudarla como yo creía que necesitaba ser ayudada". Este punto de partida es bastante frecuente. Me lleva a revisar ¿de qué modo puedo y quiero aceptar hoy seguir siendo útil (más que necesario), y seguir ayudando?.

Cuando estudié se estaban promoviendo reformas: la de nuestros estudios a Diplomatura Universitaria y la de la propia Atención Primaria. Y ahí seguimos todavía reformando, proponiendo, buscando nuestra identidad profesional y nuestra mejor ubicación hacia la sociedad a la que queremos servir, y lo mejor posible; todo ello en una sociedad profundamente cambiante, que además coyunturalmente vive una gran transformación.

Por otro lado, uno de los efectos paradójicos de la globalización que vivimos puede ser el embotamiento, como sentimiento de lejanía que se traduciría en impermeabilidad por el afán inconsciente de mantener tanto horror del mundo fuera de nuestras propias vidas.

Es necesario pues, y quizás más que nunca, el compromiso en la acción, porque la vivencia emocional es la que lleva al compromiso, por parte de quienes comparten procesos.

¿Qué síntesis hago yo de todo esto?

Como sólo me siento con derecho a hablar desde mí, de lo visto hasta aquí, a mí me salen estas conclusiones que expongo a debate, invitándoos a que cada cual saque sus propias cuentas, y haga sus aportaciones, que además espero.

- Quiero seguir ayudando, aunque quizás no en la idea de ser necesario, sino más bien de ser útil, de facilitar la autonomía, buscando hallar como cada uno quiere y necesita ser ayudado, hasta donde esté en mi mano, más en la idea de cuidar acompañando solidariamente que en la de dirigir.
- Vista que la Comunidad está formada por individuos con desigualdades en su acceso al sistema sanitario, y buscando minimizar esas desigualdades, procuro incluir en las categorías de diagnóstico enfermero, las dificultades de TODO TIPO de cada cual para hacer frente a su situación, evitando limitarme solamente a fórmulas magistrales (Protocolos) y estrecheces de miramientos (aplicación mecanicista). Enfermería hemos recibido formación, que además podemos ampliar, sobre los procesos madurativos en el ciclo vital. Como además cada Comunidad tiene sus propias peculiaridades, planteo la necesidad de salir a conocerla en cada lugar en concreto (no solo visitar dentro de nuestros centros a quienes vengan, y salir a trabajar fuera de los Centros de Salud), de trabajar conjunta y consensuadamente, de co-responsabilizarnos del trabajo en pro del mejor nivel posible, en cada lugar y momento, de eso llamado salud.
- Vista la complejidad y globalidad del término salud, y de los desencadenantes de sus posibles desequilibrios, me he formado más ampliamente y en el trabajo con los clientes busco hacerme y hacerles partícipes de esta visión, y de la responsabilidad que le compete a cada cual a todos los niveles, sin perder de vista "la actitud gozosa" que implica tener salud según dijo Sigerist.
- En el tema de la "Educación sanitaria" me alíneo con quienes plantean una desmedicalización de la vida, que incluya el autocuidado, promuevo la libertad de decisiones frente a los mensajes de control social, consciente del paralelismo que

hay entre el crecimiento madurativo personal y el social, y mi trabajo en ese sentido con cada miembro de la Comunidad y con cada "Entidad" que la comunidad pueda tener.

- Me sumo a la acepción más existencialista del término "Cuidar". Me mantengo alerta sobre la actitud en la que he crecido y me he formado de que "soy el que sabe...", que tiende a aparecer en los breves espacios de tiempo en los que debo entablar relación en las condiciones actuales de la Asistencia Primaria, y me planteo mis relaciones laborales desde la perspectiva "qué podemos aprender Vd. y yo" en cada uno de nuestros encuentros.
- Os puedo asegurar que eso de la Empatía me lo miro hace años, y no dejo de aprender. Me lo planteo cada mañana, varias veces a lo largo de la jornada, y todavía no me resulta fácil, pero no cejo en el empeño. A mí, me vale la pena y quienes se visitan conmigo suelen afirmar algo parecido. Opino que es la mejor herramienta de autocuidado para el "burn-out". Y además da esa dimensión enriquecedora de la que hemos hablado.

